

股骨颈骨折：“人生最后一次骨折”

□崔维华

老百姓口中常说的“摔大腿”，医学上主要分为股骨颈骨折和股骨粗隆间骨折两大类，也就是临床所说的老年髋部骨折，它还有一个令人警醒的名字——“人生最后一次骨折”。

临床如何正确区分两种类型

股骨颈骨折，是在股骨头下至股骨颈底部之间的骨折。这个部位血管走行特殊，血液供应条件很差。一旦发生骨折，骨头自我愈合的难度很高，还容易出现股骨头缺血性坏死的后遗症。对于高龄老年人，在身体条件允许的前提下，大多会选择人工髋关节置换手术，尽快恢复活动能力。

股骨粗隆间骨折，骨折位置在大小粗隆之间，此处肌肉血管丰富，血运充足，骨折后骨头愈合

概率相对更高。但该部位骨折往往出血量大，老年人身体耐受能力弱，很容易因为失血而引发贫血，治疗期间需要重点关注全身血象变化。

这两类骨折也存在共同的危险信号。患者大多本身存在骨质疏松，有时仅仅是平地滑倒就会造成骨折，受伤之后患肢缩短、向外旋转，髋部出现明显疼痛，无法踩地负重。这里尤其要提醒大家，部分移位程度很小的隐匿骨折，患者受伤之后依旧可以勉强挪动几步，很容易被家属当成普通崴脚、软组织扭伤，在家简单休养观察，就此错过最佳治疗窗口期。

摔胯后千万不要选择“躺过去”

现实里不少家属面对老年人髋部骨折时会十分纠结：老年人

年纪大，高血压病、心脏病等基础病不少，担心手术风险，第一想法就是在家卧床保守休养。但是，很多人不知道，长期卧床本身就是巨大的安全隐患。

卧床之后老年人咯痰力量下降，痰液淤积肺部，容易诱发坠积性肺炎；行动不便，大小便护理难度增加，泌尿系统感染风险大幅上升；身体骨突部位持续受压，短时间内就会形成压疮；肢体活动量少，下肢血流速度减慢，会形成深静脉血栓，一旦血栓脱落，诱发肺栓塞，短时间内就可以危及生命。

临床治疗的核心原则：完善相关检查，充分评估心肺功能及各类基础疾病等，只要患者身体条件能够耐受，建议尽早手术干预。手术不单单是把断裂的骨头复位固定，更重要的价值，是让老年人可以尽早坐起、离床活动，规避长期卧床带来的各类致命风险。股骨颈骨折，多采用人工髋关节置换手术；粗隆间骨折，常用钢板螺钉做内固定手术，如今微创手术普及，手术创伤也在不断缩小。

骨折后护理要抓这几件事

骨折后的科学护理，直接关系到患者恢复质量。第一，不要随意粗暴搬动患肢，维持肢体的稳定性，防止骨折断端移位，加重血管软组织损伤。第二，卧床期间定时翻身，重点保护骶尾部、足跟，做好皮肤防护，预防压疮；采取牵引卧床治疗的患者，还要留意足部感觉活动，警惕下垂等并发症。第三，鼓励老年人有效咳嗽排痰，用淡盐水进行口腔护理，降低肺部感染概率。第四，遵

心肌梗死前的“预警信号”

□李 申

心肌梗死，是供应心脏血液的血管突然堵塞，导致心肌缺血性坏死的一种急症。它起病急、病情重，但并非毫无征兆。很多时候，身体会在心肌梗死发生前发出明确的“预警信号”。学会识别这些信号，并在关键时刻做出正确反应，是挽救生命的关键。

识别典型胸痛

心肌梗死最典型的“预警信号”是胸痛。这种疼痛常位于胸骨后或心前区，感觉像有重物压在胸口，是一种闷痛、紧缩感或压榨性疼痛。疼痛程度往往比较剧烈，并且持续时间较长，一般会超过20分钟。这种疼痛不会因为停止活动或休息而很快消失，即使含服硝酸甘油也难以完全缓解。

需要特别警惕的是，这种胸痛常常会放射到身体的其他部位，如左上臂、肩膀、后背、颈部、下巴甚至牙齿。如果胸痛伴随大汗淋漓、恶心、呕吐，或者感觉气短、呼吸困难，甚至眼前发黑、近乎晕厥，这往往提示病情更为紧急，是心肌发生严重缺血的表现。

关注特殊人群

并非所有心肌梗死患者都会出现上述典型胸痛，这种情况在部分人群中尤为常见，需要格外留意。

高龄老人、女性及糖尿病患者，发生心肌梗死时的症状往往不典型。他们可能没有明显的胸痛，而是表现为胸闷、气短、乏力，或者仅仅感觉胃部不适、上腹部隐痛，常被误认为是“胃病”发作。有的患者会表现为牙疼、嗓子发紧、颈部或肩背部酸沉。对老年人群来说，有时甚至只是突然出现的全身虚弱、出冷汗、不明原因的恶心或晕厥，这些都有可能是心肌梗死的“预警信号”。如果忽视这些非典型表现，很容易延误诊治时机。

避开诱发因素

发生心肌梗死常有诱因，在一些特定时段和情境下，心脏会更加脆弱。

饱餐后，尤其是大量进食高脂肪食物后，血液黏度会增加，心脏负担加重。情绪突然激动、过度愤怒或悲伤时，血压和心率会急剧升高。寒冷天气下，血管容易收缩痉挛，导致心脏供血减少。此外，久坐不动后突然活动，或者用力排便时，都可能诱发心肌缺血。洗澡时也要注意，在密闭的环境中，全身血管扩张，容易导致心脏和大脑供血不足，特别是饱餐后或饥饿时洗澡更不安全。饮酒过量同样会使心率加快，增加心脏耗氧量。冠心病患者在这些“危险时刻”应格外警惕。

正确认识小儿惊厥

□潘玉珩

热惊厥是体温骤升引发的短暂神经反应，并非脑组织实质性病变，单次短暂发作不会损伤脑细胞、影响智力。其二，认为惊厥一定会复发（甚至演变为癫痫）。临床研究结果证实，单纯的热性惊厥复发概率较低，仅少数复发惊厥、有家族病史的患儿存在复发风险，规范护理干预后，可有效规避疫情恶化风险。

孩子突发惊厥时，科学应急处理尤为重要。家长需要牢记温和安全的急救方式：立即让孩子平躺侧卧，解开衣领，保持呼吸道通畅，清理口鼻分泌物，避免呕吐物堵塞气道；切勿强行按压肢体、按压人中穴、撬开牙关、喂水喂药，避免造成骨折、口腔损伤、呛咳窒息；同时，保持环境安静，减少声光刺激，密切观察发作时长与症状，有条件者可将小孩的发作表现及过程记录下来（就医时提供给医务人员）。多数惊厥会在数分钟内自行缓解，缓解后及时测量体温，做好退热护理即可。

中医认为，小儿“脏腑娇嫩、形气未充、肝常有余”，外感发热后高热惊风，是惊厥发作的核心原因。小儿体

出现“预警信号”立即行动

一旦出现持续胸痛，尤其超过20分钟不缓解，或伴有大汗淋漓、呼吸困难等症状，必须立即拨打急救电话，这是最正确的做法。不要试图自己开车去医院，也不要在家等待观察，每一分钟都非常重要。在有明确的病史并确认无禁忌证的情况下，患者可遵医嘱服用急救药物。如发现患者失去意识、呼吸停止，身边人应立即实施心肺复苏，为专业救治争取宝贵的时间。

长期的健康守护

预防心肌梗死，更在于日常的坚持。保持健康的生活方式是基础：戒烟限酒，饮食上注意营养均衡，避免摄入高盐、高脂、高糖食物，进行适度的体育锻炼，控制体重，保持心态平和，避免长期焦虑或紧张。对于已经患有高血压病、高脂血症或糖尿病的人群，定期监测相关指标，遵医嘱坚持服药，是预防心肌梗死复发的关键。

心肌梗死的“预警信号”是身体发出的求救信号，请务必留意这些细微的变化。了解并记住这些知识，能在关键时刻帮助自己和身边人。

（作者供职于山东省济宁市金乡县人民医院）

做放疗时的身体反应

□刘淑娟

放射疗法（简称放疗），是利用高能射线照射肿瘤区域，达到杀死肿瘤细胞、控制肿瘤生长的目的。很多患者在治疗前最关心的问题，就是“做放疗会不会很难受”“身体会有什么反应”。提前了解这些情况，有助于减轻不必要的紧张，也能在出现反应时更好地配合医生处理。

放疗反应并不是每个人都会全部出现，也不是千篇一律。放疗反应的类型和轻重，与照射的部位、范围、剂量，患者自身的年龄、营养状况、是否合并其他疾病等因素都有关系。有些人反应很轻，基本不影响日常生活；有些人反应相对明显，但绝大多数反应都是暂时的，可以通过药物和护理得到缓解。

从时间上看，放疗反应通常分为两类。一类是急性反应，多在放疗开始后几天到几周内出现，放疗结束后3个月内逐渐好转。另一类是晚期反应，一般在放疗结束后3个月以上才出现，有的甚至半年到几年后才慢慢显现。急性反应主要累及更新较快的组织，如皮肤、口腔黏膜、消化道黏膜和造血系统；晚期反应更多涉及血管、结缔组织，以及心、肺、肾、脑等增殖较慢的器官。

从身体感受来看，放疗期间较常见的全身反应是乏力、食欲下降、恶心、体重减轻等。乏力是很多患者都会提到的感觉，通常在放疗进行到中段时比较明显，休息后也难以完全缓解，但随着放疗结束后逐渐恢复。食欲下降和恶心多见于腹部、盆腔或头颈部放疗时，也有一部分与患者的紧张情绪有关。如果出现呕吐或进食明显减少，应及时告诉医生，避免营养状况进一步下滑。

骨髓抑制也是放疗中需要关注的问题。骨髓是制造血细胞的主要场所，当照射范围较大或照射到骨盆、胸骨等造血活跃部位时，可能出现白细胞、血小板或血红蛋白下降。轻度的下降往往没有明显的感觉，但严重时可能增加感染风险或出现乏力、出血倾向。因此，放疗期间医生会定期安排抽血检查，动态观察血象变化。

局部反应与照射部位直接相关。比如头颈部放疗时，容易出现口腔黏膜红肿、疼痛、溃疡、口干、味觉改变等，患者在进食时会感觉不适；胸部放疗时，可能出现吞咽时疼痛，或者咳嗽、气促等表现；腹部和盆腔放疗时，可能出现腹泻、腹痛、尿频、尿急等；照射区域的皮肤则可能出现发红、干燥、脱屑、瘙痒，严重时可有破皮、渗液。

这些局部反应听起来可能让人担心，但临床上都有相应的处理方法。例如，口腔黏膜反应，可以通过保持口腔清洁、使用漱口水和保护黏膜的药物来缓解；食管疼痛，可以通过调整饮食、使用止痛和保护黏膜的药物来改善；放射性皮炎，可以根据严重程度选择不同的外用药物，必要时暂停放疗。医生会根据每个人的具体情况，给出个体化的建议。

晚期反应相对少见，但部分患者可能在放疗后数月数年出现一些慢性改变，如皮肤变硬、色素沉着、口干持续存在，吞咽困难，或者心肺功能受到一定影响等。这些情况需要长期随访，早期发现并干预，可以减轻对生活质量的影响。尤其是心脏、肺等重要器官，放疗后定期复查很重要。

需要强调的是，现代放疗技术已经越来越精准，医生在制订治疗计划时，会尽最大努力保护肿瘤周围的正常组织和重要器官，减少不必要的照射。治疗过程中的反应虽然无法完全避免，但绝大多数是可控、可处理的。患者及其家属要做的，是在放疗期间保持与医护团队的良好沟通，出现任何不适都要及时反馈，不要自行忍耐或随意停药。

（作者供职于新疆医科大学附属肿瘤医院）

警惕快速进展性阿尔茨海默病性痴呆

□时 爽

阿尔茨海默病性痴呆是一种神经退行性疾病，这种疾病在日常生活中逐渐多见。今天，介绍一种特殊的阿尔茨海默病性痴呆——快速进展性阿尔茨海默病性痴呆，让我们进一步了解疾病，以做到早防早治，减轻疾病负担。

快速进展性阿尔茨海默病性痴呆，简易精神状态检查表（MMSE）分数下降会更快，1年内MMSE下降≥6分，或6个月MMSE下降≥3分。发病年龄更加年轻，出现症状的年龄<70岁，女性更为多见，受教育程度更高，且基因型APOEε4携带者更多。该疾病会更多更早出现局灶性神经系统症状，存在血管病风险因素，早期出现精神症状，及锥体外系症状。影像学检查结果为显著的顶叶萎缩。

普通的阿尔茨海默病性痴呆显示为颞叶内侧、海马区域的萎缩。在生物标志物方面，快速进展性阿尔茨海默病性痴呆患者的脑脊液Aβ42水平更低，p-Tau181、T-Tau和NFL（神经丝轻链）水平比普通人更高。

快速进展性阿尔茨海默病性痴呆病情进展迅速，通常要与另一种快速进展性神经退行性疾病克雅病（朊蛋白病）进行鉴别诊断。克雅病是一种皮质-纹状体-脊髓变性疾病，核心症状表现为快速进展性痴呆，同时可出现小脑损伤、精神症状、肌阵挛、言语障碍等。它与快速进展性阿尔茨海默病性痴呆核心区别可从以下几方面做鉴别：克雅病中T-Tau升高更加显著，14-3-3蛋白阳性，RT-QuIC(实时震动诱导蛋白扩增，一种针对脑脊液或皮肤进行的辅助检查手段)阳性，以及基因PRNP特定位点突变。

临床上，不少家属会把患者的早期异常表现当作正常衰老，进而错失最佳诊治时机。若观察到患者在短时间内，记忆力、

判断力以及日常生活能力出现明显快速下降，不应简单归因于年龄增长，需要及时前往神经内科记忆门诊就诊，完善量表评估、影像学检查以及脑脊液等相关检查。尽早明确疾病分型，有助于制定个体化干预方案，延缓认知功能衰退。同时，此举也可减少与其他快速进展型痴呆疾病的漏诊、误诊，为患者的临床治疗与家庭照护争取宝贵时间。家属的细心观察，是疾病早期识别的重要一环，日常应当多留意患者认知、行为层面的细微改变，不要等到症状已经十分严重才寻求医疗帮助。

了解了以上关于痴呆的一些疾病知识，我们日常生活中应注意哪些方面，以预防或延缓痴呆呢？可以从以下几个方面进行注意。

1. 健康饮食：推荐“地中海饮食”。多吃深色蔬菜（每日500克）、深海鱼（每周2次）、坚果、橄榄油。少吃红肉、黄油、油炸食品及高糖甜点。

2. 适度运动：每周至少进行150分钟中等强度有氧运动（如快走、游泳、跳舞、力量训练），配合太极拳等协调运动。

3. 认知与社交：勤用脑，学习新的技能，比如乐器、外语、策略游戏，比如下棋、坚持阅读等等。要多社交，积极参加社区活动，与亲友聚会。

4. 优质睡眠：成年人保持每晚7小时~8小时睡眠，尽量23时前入睡，睡前1小时~2小时远离手机。

5. 慢性病与习惯：戒烟限酒，管理“三高”，定期监测血压、血糖、血脂，注意保护头部，避免头部外伤。

6. 保持心情愉悦：长期压力会损伤记忆中枢，要不断提高自我认知，如有长期的焦虑抑郁，要及时寻求心理援助。

（作者供职于山东省枣庄市精神卫生中心）

科学养护眼表 远离眼部不适

□新琳

眼睛是人体最精密的感觉器官，其表面的健康与视觉质量息息相关。当出现干涩、异物感、烧灼感、视力波动等不适时，这并非单纯的“疲劳”，而是眼表发出的重要信号。科学养护的核心，在于解读这些信号，明确原因，并进行针对性干预。

眼表不适的常见原因

导致眼表不适的原因较多，最常见的是干眼和睑板腺功能障碍。泪膜不稳定或眼表微环境失衡会引发干眼症，常表现为眼干、畏光。睑板腺功能障碍导致泪液蒸发过快，也是常见诱因。两者常互为因果，形成恶性循环。

此外，未矫正的屈光不正，如近视、远视、散光或老视，会增加双眼负担，诱发不适。双眼视功能异常，如调节或聚散能力失调，同样会导致视觉疲劳。现代人长时间使用视频终端，加上空调环境、睡眠不足等因素，都会显著增加眼表问题的风险。

生活方式是日常养护的基石

调整生活与用眼习惯是基础。建议遵循“20-20-20”护眼法则：每近距离用眼20分钟，约向6米外（20英尺）的远处眺望20秒。同时，保持正确坐姿，优化屏幕亮度与对比度，减少眩光。在空调房内使用加湿器，或佩戴湿房镜，有助于改善局部湿度。户外活动时，应佩戴防紫外线的眼镜，减少紫外线伤害。保持充足的睡眠，避免熬夜，对维持泪膜稳定非常重要。

居家护理科学操作是关键

规范的居家物理治疗是重要环节。对于睑板腺功能障碍，可每日进行眼部热敷，温度控制在40摄氏度~45摄氏度，每次持续10分钟以上，以软化堵塞的睑板腺。热敷后可配合轻柔的睑缘按摩，促进睑脂排出，但需注意避免压迫眼球。每日早晚可用专用的睑缘清洁湿巾清洁眼睑边缘，去除多余油脂和鳞屑。若需要除螨，可使用含特定植物提取物的湿巾，每日2次，持续数月。

在医生指导下合理用药

当日常护理无法缓解时，需要在医生指导下使用药物。人工泪液是基础选择，对于轻度干眼，可选用不含防腐剂的剂型；若合并睑板腺功能障碍，宜选用含脂质成分的人工泪液。夜间可使用黏度更高的眼膏或凝胶延长润滑时间。中重度干眼症患者可以在医生指导下，短期使用抗炎药物或免疫抑制剂以控制眼表炎症。

定期评估长期管理

眼表健康的维护是一个长期过程。应定期进行眼科检查，评估泪膜的稳定性、睑板腺功能、角膜完整性及屈光状态。若症状持续或变化，需要及时复诊，由医生动态调整治疗方案，建立慢性病管理意识。该病具有反复发作的特点，并有一定的缠绵难愈等特点。病变部位在经脉，涉及四肢、关节、肌肉和骨骼，时间长了会导致气

血亏损，对肝脏和肾脏造成损害。痛风、类风湿关节炎、强直性脊柱炎等关节疼痛患者可以参考治疗。痹证是由于先天稟赋不足、饮食不节、外邪侵袭、劳逸不节等因素所致。可能是因为受风寒湿热，或者体内痰浊、痰瘀互结，或肝肾不足、外邪乘袭，造成经络痹阻，出现痹证。

中医教你居家通络止痛

中药药通络止痛

中药药剂需要在中医医师指导下应用。患者切勿自行配药服用，药物剂量及配伍须遵医嘱。

1. 风寒湿痹。

风寒湿痹主要表现为肌肉疼痛或屈伸不利，或者疼痛游走不定等。治疗以温经通络、祛风湿为主。方选择桂枝芍药知母汤加减：桂枝10克，附子10克，白术15克，独活10克，炙甘草6克等。方

中桂枝、附子，可温经散寒；防风、羌活、独活具有祛风祛湿的功效，白术和薏苡仁健脾祛湿。芍药具有祛瘀、活血、柔肝的功效，甘草具有调和诸药的作用。恶寒剧痛者，可加用麻黄、川乌等药物；疼痛游走不定者，可加用当归等；

神痛重滞明显者，可加用防己、制南星等药物；身热口渴者，可去掉附子，加用知母、桑枝等；上肢疼痛严重者，可加用威灵仙等；腰下痹痛者，可加用牛膝、木瓜等。

2. 顽痹。

顽痹的主要症状为久经不愈，四肢剧痛或麻木不仁，或肿胀重滞等。顽痹以实邪为主，治疗以活血散瘀为主，辅以扶正祛邪。可选择王清任《医林改错》中的身痛逐瘀汤加减等，其组成全面，适应范围广，具有活血化瘀等作用。五灵脂可疏通经脉，羌活

可祛风散寒，甘草可调和诸味，均可用于临床治疗。对于伴有湿热的患者，可以在医生指导下服用苍术、黄柏等药物；对于恶风较重的患者可以选择加桂枝、附子等药物，起到缓解疼痛的作用。顽痹属于正虚邪实的范畴，多是由于长期耗伤肝肾，导致机体虚弱之证。该病的治疗应以扶正为主。还可以选择三痹汤，组方包括黄芪、人参、白芍、续断、防风、杜仲、甘草等。

穴位按摩通络止痛

行痹：围绕疼痛部位上下循经按揉，以风池穴、膈俞穴为主穴。痹证：按揉以“温”和“深”为主。先用热水袋进行热敷，然后着重按揉肾俞穴和关元穴，同时搓热腰部，力度要有渗透性，然后将掌心按在痛点热敷片刻。著痹：按揉关键在于“动”与“健”。

□张 婷

中医教你居家通络止痛